



Resumen de beneficios para 2026

Blue Shield Rx Plus (PDP)

Blue Shield Rx Enhanced (PDP)

En vigencia del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026



Resumen de beneficios para 2026

Blue Shield Rx Plus (PDP) | Blue Shield Rx Enhanced (PDP)

En vigencia del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

La información de beneficios que brindamos no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la **Evidencia de Cobertura (EOC)** en **blueshieldca.com/PDPdocuments2026** o llame al Servicio al Cliente al **(888) 239-6469 (TTY: 711)** de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (PT), los siete días de la semana. **Nota: La EOC estará disponible en nuestra página web a más tardar el 15 de octubre de 2025.**

Para inscribirse en **Blue Shield Rx Plus** o **Blue Shield Rx Enhanced** debe ser elegible para la Parte A y/o la Parte B de Medicare, vivir permanentemente en el área de servicio del plan y ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos. **Nuestra área de servicio incluye: Estado de California.**

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su guía actual **"Medicare y usted"**. Puede acceder a ella en línea en **www.medicare.gov/medicare-and-you** u obtener una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Puede consultar el **Directorio de farmacias** de nuestro plan en nuestra página web: **blueshieldca.com/medpharmacy2026**.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestra página web, **blueshieldca.com/medformulary2026**.

Cobertura de medicamentos recetados

En vigencia del 1 de enero de 2026 al
31 de diciembre de 2026

Blue Shield Rx Plus (PDP)
Estado de California

Prima mensual del plan, deducible y límites sobre cuánto paga por los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D.

Usted paga lo siguiente

Blue Shield Rx Plus

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D

Prima mensual del plan: \$199.70

Etapa 1: Deducible anual	\$615 (el deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el zóster, el tétanos y para viajes).			
Etapa 2: Cobertura inicial (una vez que pagó nuestro deducible, si corresponde)	Farmacias de costos compartidos preferidos (dentro de la red)		Farmacias de costos compartidos estándar (dentro de la red)^	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días^{NDS}	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días^{NDS}
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$9	\$27
Nivel 2: medicamentos genéricos	\$7	\$17.50	\$20	\$60
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 19 %	Coseguro del 19 %	Coseguro del 19 %	Coseguro del 19 %
Nivel 3: insulinas cubiertas**	\$35 o un coseguro del 19 %, lo que sea menor	\$105 o un coseguro del 19 %, lo que sea menor	\$35 o un coseguro del 19 %, lo que sea menor	\$105 o un coseguro del 19 %, lo que sea menor
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Coseguro del 49 %	Coseguro del 49 %	Coseguro del 49 %	Coseguro del 49 %
Nivel 4: insulinas cubiertas**	\$35 o un coseguro del 25 %, el importe que sea menor	\$105 o un coseguro del 25 %, el importe que sea menor	\$35 o un coseguro del 25 %, el importe que sea menor	\$105 o un coseguro del 25 %, el importe que sea menor
Nivel 5: medicamentos de nivel especializado	Coseguro del 25 %	No cubierto	Coseguro del 25 %	No cubierto

* Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo **INS** en la lista de medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no cumplen con los requisitos para un programa de asistencia para el pago de los medicamentos ("Ayuda Adicional").

^ Si reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia de costos compartidos minorista estándar dentro de la red. Podría haber algunas situaciones en las que pueda obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia minorista de costos compartidos estándar dentro de la red.

NDS: hay ciertos medicamentos para los que no está disponible el suministro prolongado (hasta 90 días). Los medicamentos que no están disponibles para un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra lista de medicamentos.

Cobertura de medicamentos recetados (continuación)

En vigencia del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Blue Shield Rx Enhanced (PDP)
Estado de California

Prima mensual del plan, deducible y límites sobre cuánto paga por los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D.

Usted paga lo siguiente

Blue Shield Rx Enhanced

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D

Prima mensual del plan: \$227.80

Etapas:
Etapas 1 y 2: Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.
Etapas 3 y 4: Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.

Etapas 3 y 4: Cobertura inicial	Farmacias de costos compartidos preferidos (dentro de la red)		Farmacias de costos compartidos estándar (dentro de la red)^	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{NDS}	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{NDS}
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$11	\$33
Nivel 2: medicamentos genéricos	\$7	\$14	\$14	\$42
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 19 %	Coseguro del 19 %	Coseguro del 19 %	Coseguro del 19 %
Nivel 3: insulinas cubiertas**	\$35 o un coseguro del 19 %, lo que sea menor	\$105 o un coseguro del 19 %, lo que sea menor	\$35 o un coseguro del 19 %, lo que sea menor	\$105 o un coseguro del 19 %, lo que sea menor
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Coseguro del 37 %	Coseguro del 37 %	Coseguro del 37 %	Coseguro del 37 %
Nivel 4: insulinas cubiertas**	\$35 o un coseguro del 25 %, el importe que sea menor	\$105 o un coseguro del 25 %, el importe que sea menor	\$35 o un coseguro del 25 %, el importe que sea menor	\$105 o un coseguro del 25 %, el importe que sea menor
Nivel 5: medicamentos de nivel especializado	Coseguro de 33%	No cubierto	Coseguro de 33%	No cubierto

* Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo **INS** en la lista de medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no cumplen con los requisitos para un programa de asistencia para el pago de los medicamentos ("Ayuda Adicional").

^ Si reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia de costos compartidos minorista estándar dentro de la red. Podría haber algunas situaciones en las que pueda obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia minorista de costos compartidos estándar dentro de la red.

NDS: hay ciertos medicamentos para los que no está disponible el suministro prolongado (hasta 90 días). Los medicamentos que no están disponibles para un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra lista de medicamentos.

Cobertura de medicamentos recetados

En vigencia del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Blue Shield Rx Plus

Servicio de entrega a domicilio

Etapas 2: Cobertura inicial

(una vez que pagó nuestro deducible, si corresponde)

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{NDS}
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	No cubierto	\$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	No cubierto	\$17.50
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	No cubierto	Coseguro del 19 %
Nivel 3: insulinas cubiertas**	No cubierto	\$105 o un coseguro del 19 %, lo que sea menor
Nivel 4: medicamentos no preferidos	No cubierto	Coseguro del 49 %
Nivel 4: insulinas cubiertas**	No cubierto	\$105 o un coseguro del 25 %, lo que sea menor
Nivel 5: medicamentos de nivel especializado	Coseguro del 25 %	No cubierto

Blue Shield Rx Plus (PDP)
Blue Shield Rx Enhanced (PDP)
Estado de California

Blue Shield Rx Enhanced

Servicio de entrega a domicilio

Etapas 2: Cobertura inicial

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{NDS}
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	No cubierto	\$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	No cubierto	\$14
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	No cubierto	Coseguro del 19 %
Nivel 3: insulinas cubiertas**	No cubierto	\$105 o un coseguro del 19 %, lo que sea menor
Nivel 4: medicamentos no preferidos	No cubierto	Coseguro del 37 %
Nivel 4: insulinas cubiertas**	No cubierto	\$105 o un coseguro del 25 %, lo que sea menor
Nivel 5: medicamentos de nivel especializado	Coseguro del 33 %	No cubierto

* Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo **INS** en la lista de medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no cumplen con los requisitos para un programa de asistencia para el pago de los medicamentos ("Ayuda Adicional").

NDS: hay ciertos medicamentos para los que no está disponible el suministro prolongado (hasta 90 días). Los medicamentos que no están disponibles para un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra lista de medicamentos.

Cobertura de medicamentos recetados (continuación)

En vigencia del 1 de enero de 2026 al
31 de diciembre de 2026

Blue Shield Rx Plus (PDP)
Blue Shield Rx Enhanced (PDP)
Estado de California

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D

Etapas: Una vez que los costos anuales de bolsillo por sus medicamentos (incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y a través del servicio de farmacia con entrega a domicilio) alcanzan los \$2,100, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
(Esta etapa le protege de cualquier costo adicional una vez que ha pagado sus costos anuales de bolsillo por los medicamentos).

 **Mensaje importante sobre lo que paga por sus vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Servicio de entrega a domicilio

Amazon Pharmacy es nuestro proveedor de servicios de entrega a domicilio de medicamentos recetados donde puede obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días del Nivel 1 al Nivel 4 a un costo compartido más bajo. La entrega de su pedido no tiene cargo de envío. Consulte la EOC del plan para obtener más información.
Los medicamentos del Nivel 5 tienen un límite de un suministro para 30 días por servicio de entrega a domicilio.

Farmacias de la red que ofrecen costos compartidos preferidos

Es posible que pague menos si va a una de las farmacias de nuestra red que ofrecen costos compartidos preferidos. Las siguientes son algunas:

- CVS pharmacy[‡] (incluidas las CVS pharmacy de Target) **(888) 607-4287 (TTY: 711)**
- Farmacias Safeway y Vons **(877) 723-3929 (TTY: 711)**
- Farmacias Albertsons/Sav-on/Osco[‡] **(877) 276-9637 (TTY: 711)**
- Costco[‡] **(800) 955-2292 (TTY: 711)**
- Ralphs[‡], Walmart[‡] y muchas más.

[‡] Acepta receta electrónica.
No tiene que ser miembro de Costco para utilizar las farmacias Costco. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.
Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales específicos de la farmacia y las fases del beneficio, consulte la EOC del plan.

Estamos aquí para ayudarle.

Comuníquese con Blue Shield al **(888) 292-7591 (TTY: 711)**
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (PT), los siete días de la semana.

Blue Shield of California es un plan PDP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye algunas farmacias de menor costo con costos compartidos preferidos en ciertos condados de California. Los costos más bajos anunciados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias podrían no estar disponibles en la farmacia que usted utiliza. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso si hay farmacias de menor costo con costos compartidos preferidos en su área, llame a Servicio al Cliente al **(888) 239-6469 (TTY: 711)**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (PT), los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias en línea en **blueshieldca.com/medpharmacy2026**.

Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene contrato con Blue Shield para prestar el servicio de entrega a domicilio de medicamentos recetados a los miembros de Blue Shield. Los miembros son responsables de pagar su parte del costo, según lo especificado en los detalles del plan de beneficios.

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。